

## **Клинический случай хирургического лечения радикулярной кисты, оттесняющей слизистую верхнечелюстного синуса.**

Гурин А.Н.<sup>(1,2)</sup>, Комлев В.С.<sup>(3)</sup>, Федотов А.Ю.<sup>(3)</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "ЦНИИСиЧЛХ" Минздрава России), e-mail: [gurin@cniis.ru](mailto:gurin@cniis.ru)

<sup>2</sup> Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Первый МГМУ им. Сеченова Минздрава России)

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт металлургии и материаловедения им. А.А. Байкова Российской академии наук (ИМЕТ РАН), e-mail: [komlev@mail.ru](mailto:komlev@mail.ru)

Сохранение функции зубов и восстановление структуры костной ткани — приоритетные задачи хирургического лечения больных с одонтогенными периапикальными деструктивными очагами. В категории таких больных превалируют операция цистэктомии с резекцией корней зубов, выступающих в полость кисты [1].

По отношению к верхнечелюстному синусу радикулярные кисты разделяют на прилегающие, оттесняющие и проникающие. Радикулярную кисту, которая располагается в пределах альвеолярного отростка и тела верхней челюсти от клыков до моляров и граничит с костным дном верхнечелюстного синуса, не изменяя его контуров, предложено считать прилегающей. Размеры прилегающих кист небольшие и в проекции занимают область не более 1-3 зубов. Оттесняющей принято называть кисту, которая смещает костное дно верхнечелюстного синуса и обуславливает его деформацию [2].

Альтернативным вариантом лечения такого рода кист будет удаление причинного зуба с пластикой ороантрального свища, который неминуемо образуется после удаления. В дальнейшем это сильно затруднит восстановительные мероприятия (синус-лифтинг, дентальная имплантация) поскольку слизистая синуса будет спаяна с надкостницей.

Оптимальным вариантом лечения будет выполнении зубосохраняющей операции с аккуратным удалением кисты, оттесняющей мембрану Шнейдера. При этом вполне возможно сохранение слизистой синуса, однако корни зубов в дальнейшем могут оказывать раздражающее действие на слизистую и вести к реактивным изменениям в пазухе с развитием хронического гайморита.

В данном случае возможна подсадка остеопластического биоматериала, который будет выполнять роль изоляции между слизистой синуса и ретроградно запломбированными корнями зубов.

Представленный клинический случай демонстрирует использование синтетического остеопластического биоматериала «Трикафор» (Бионова, Россия) при удалении радикулярной кисты, оттесняющей слизистую верхнечелюстного синуса.

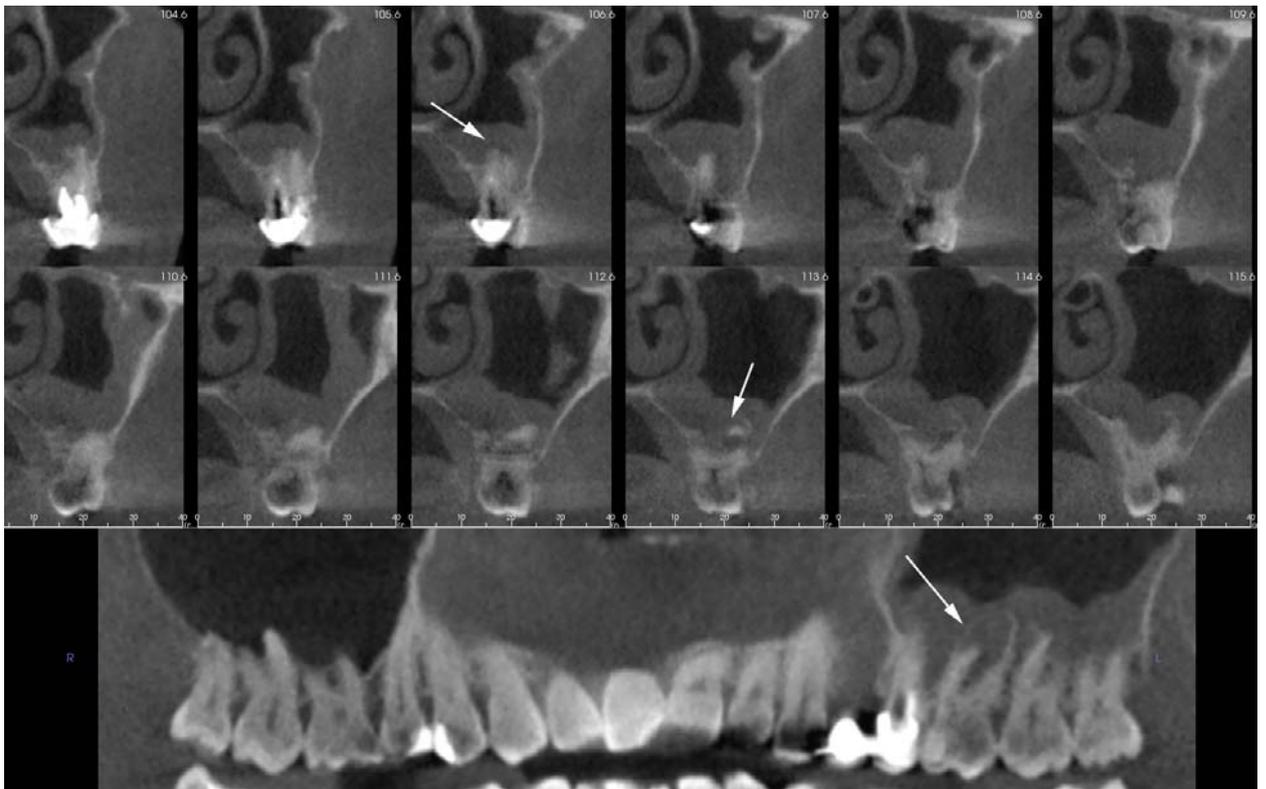


Рис.1 Радикулярная киста зуба 2.5 и 2.6, оттесняющая слизистую верхнечелюстного синуса.

На серии срезов КЛКТ видны очаги деструкции костной ткани в области апексов зуба 2.5 и 2.6. Киста оттесняет слизистую верхнечелюстного синуса, слизистая на данном участке заметно утолщена. Зуб 2.5 запломбирован частично, в корни установлена вкладка, зуб закрыт коронкой с консолью в области отсутствующего 24 зуба. Каналы зуба 2.6 не запломбированы. Из-за консоли на зубе 2.3 имеется кариозная полость.

Альтернативный вариант лечения: Удаление зуба 2.5, 2.6, пластика ороантрального свища. Через 4 месяца проведение двухэтапного синус-лифтинга. Через 4 месяца установка имплантата в области 2.4, 2.5, 2.6. Через 4 месяца установка коронок на имплантаты. Таким образом, продолжительность лечения составит 1 год.

Оптимальный вариант лечения: Эндодонтическое лечение зубов 2.5, 2.6, цистэктомия с резекцией и ретроградным пломбирование корней зубов 2.5, 2.6. Закрытие зубов коронками. Установка имплантата в области 2.4

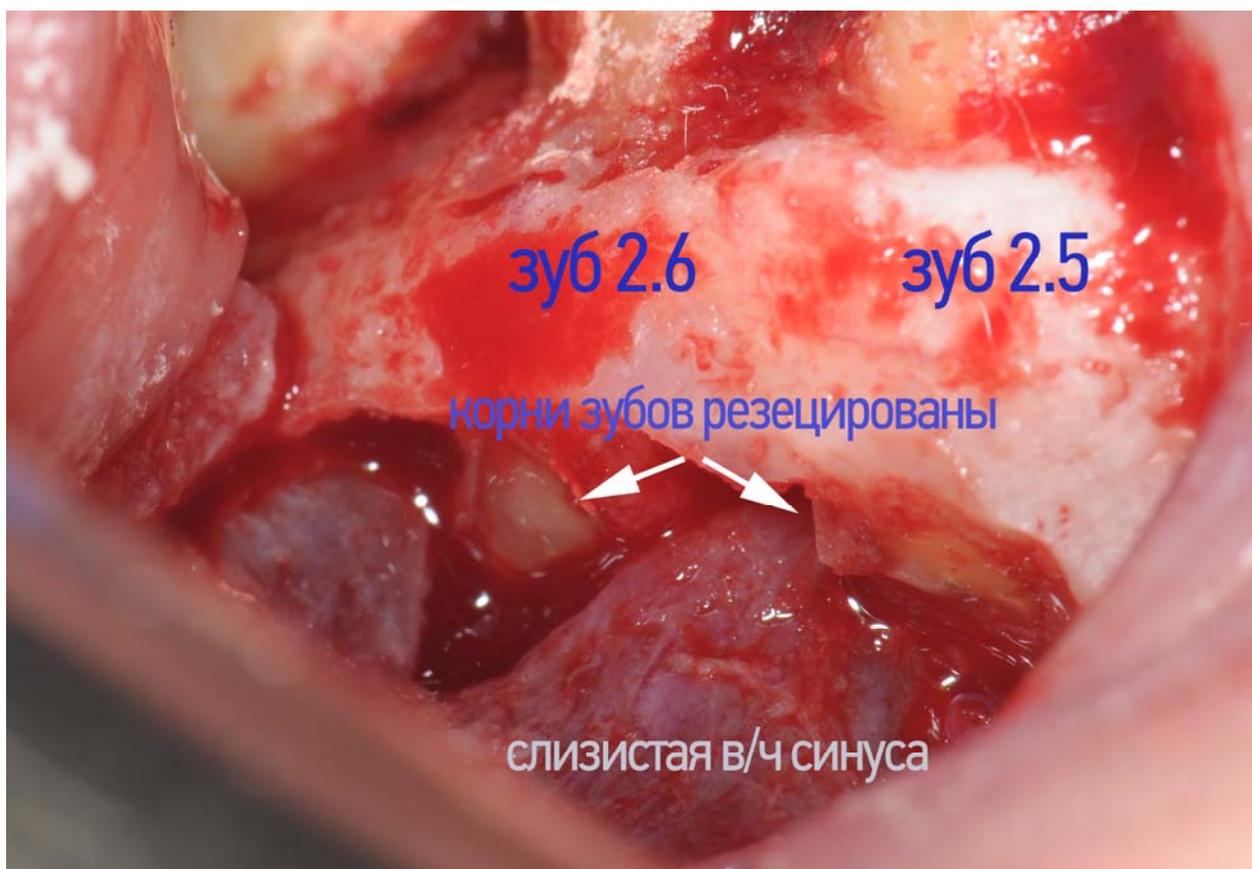


Рис.2 После удаления оболочки кисты слизистая в/ч синуса приподнята без перфорирования. Проведена резекция верхушек корней зубов 2.5, 2.6

На этапе хирургического лечения удалось провести резекцию верхушек корней зубов 2.5, 2.6 без перфорации слизистой синуса и ретроградно запломбировать каналы зубов.

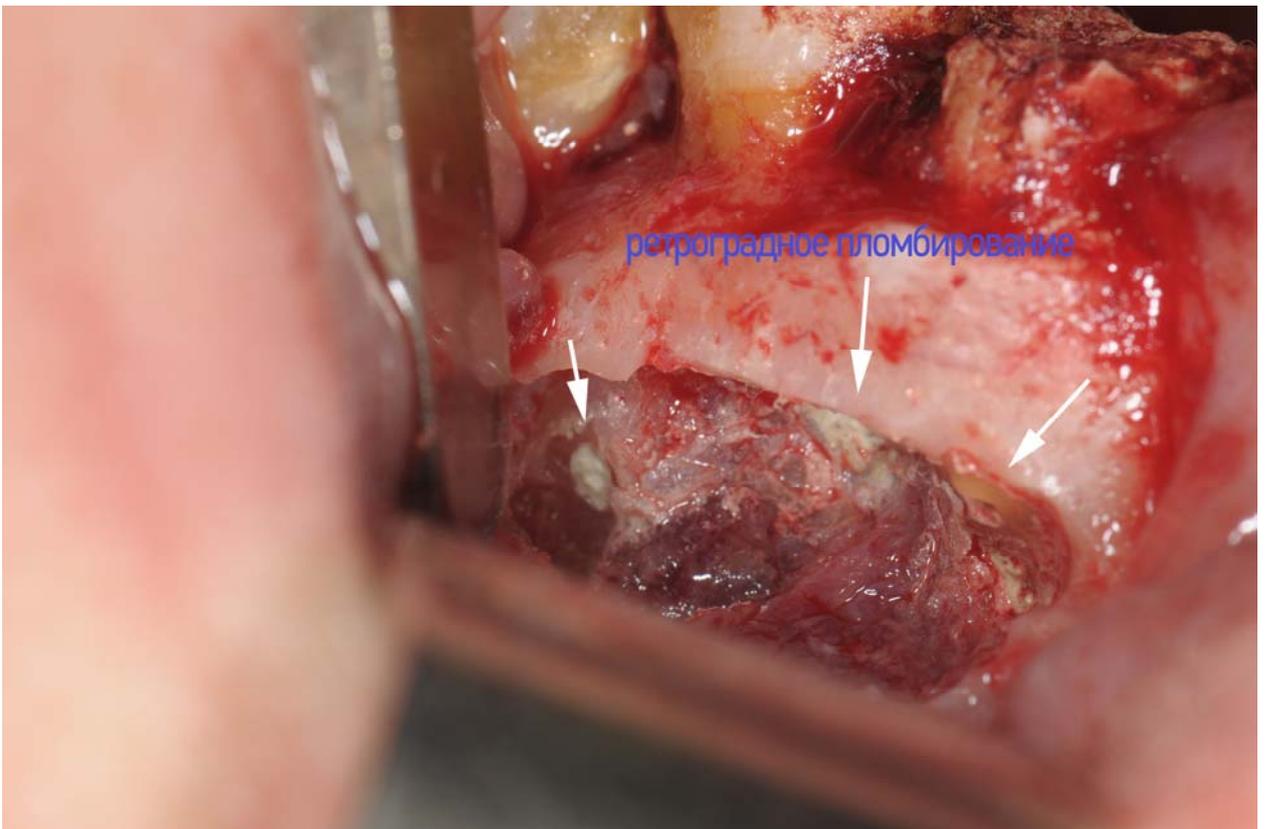


Рис.3 Ретроградное пломбирование корней зубов 2.5 и 2.6

От корней зубов слизистую синуса отделяет синтетический  
остеопластический материал «Трикафор» («Бионова», Россия)

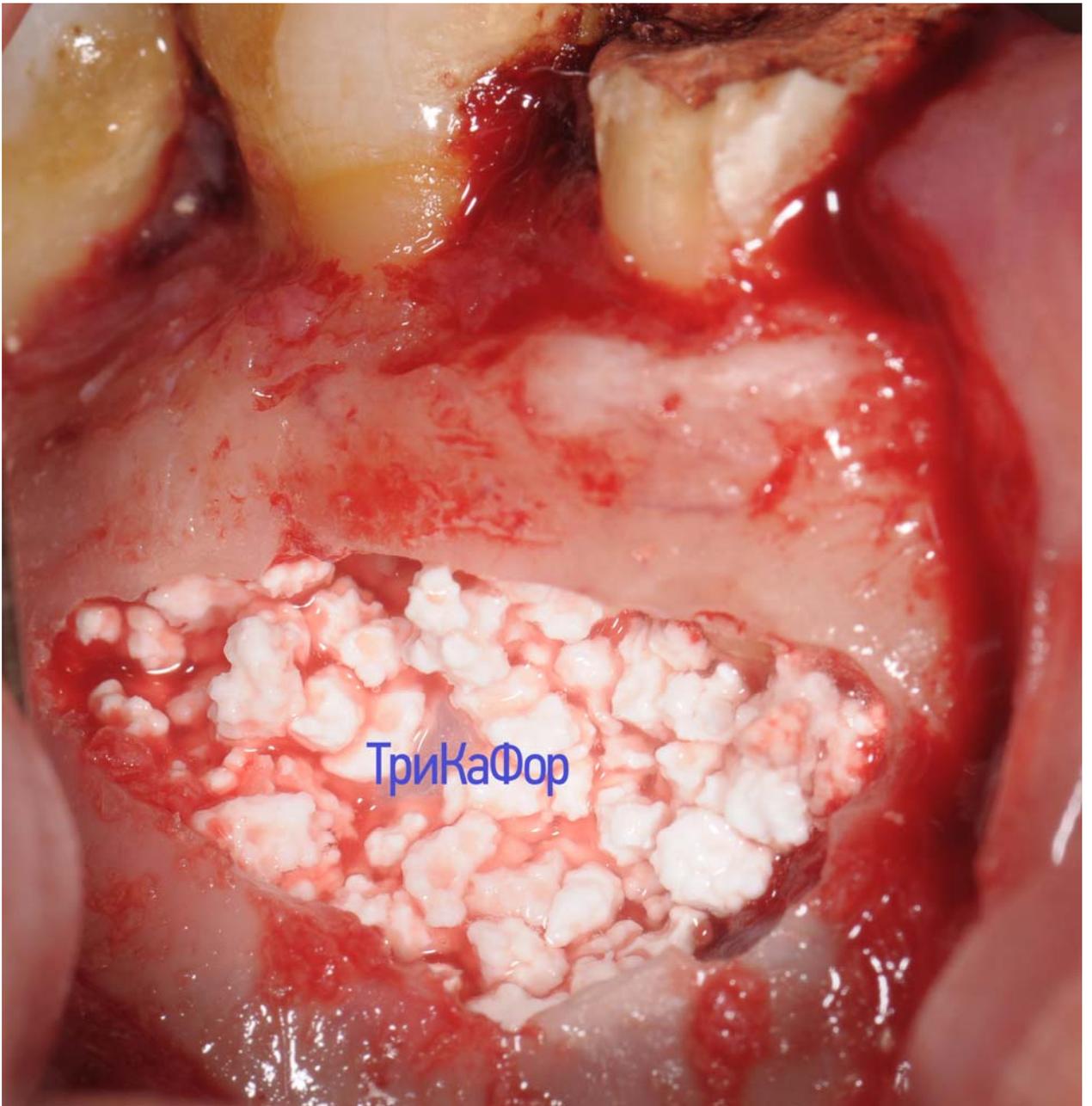


Рис.4 Заполнение субантрального пространства синтетическим биоматериалом «Трикафор».



Рис.5 Депозит биоматериала «Трикафор» изолирован биорезорбируемой мембраной.

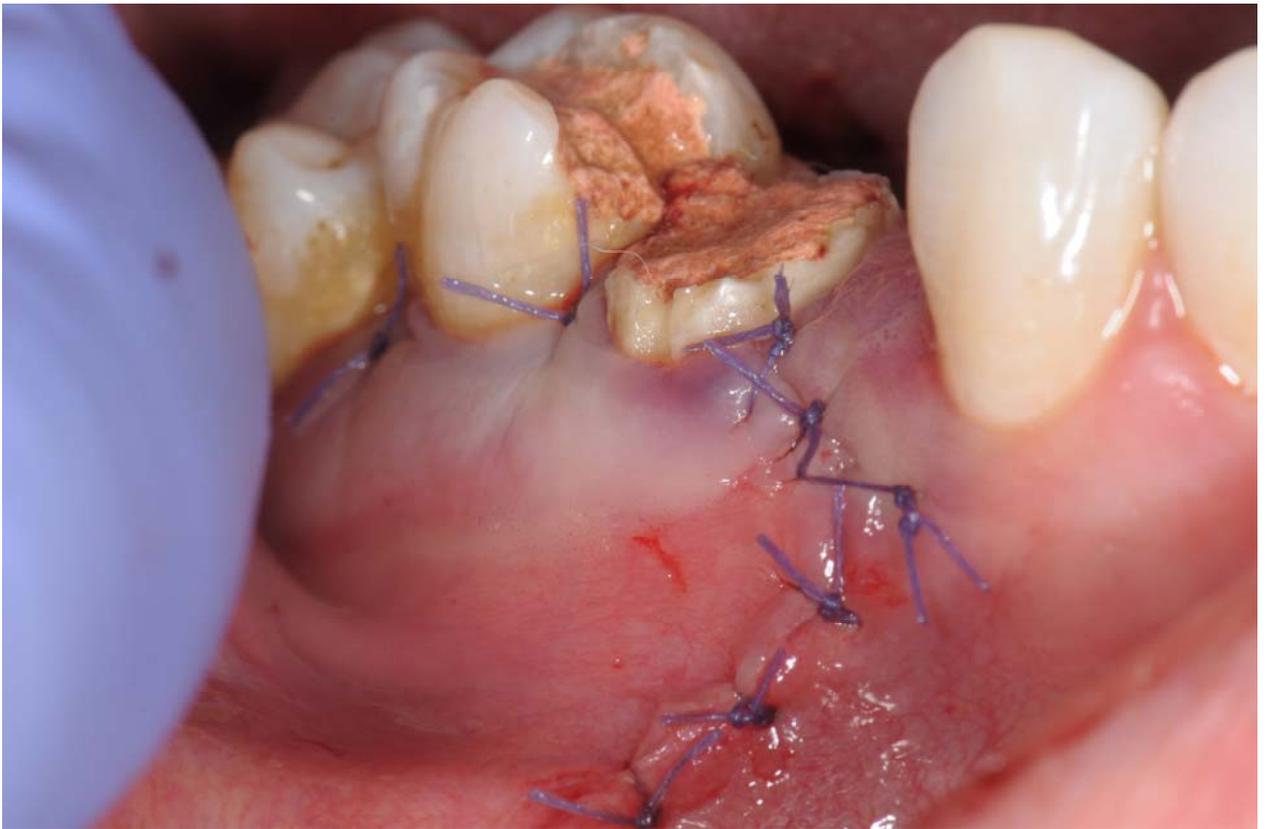


Рис.6 Рана ушита узловыми швами «Vicryl».

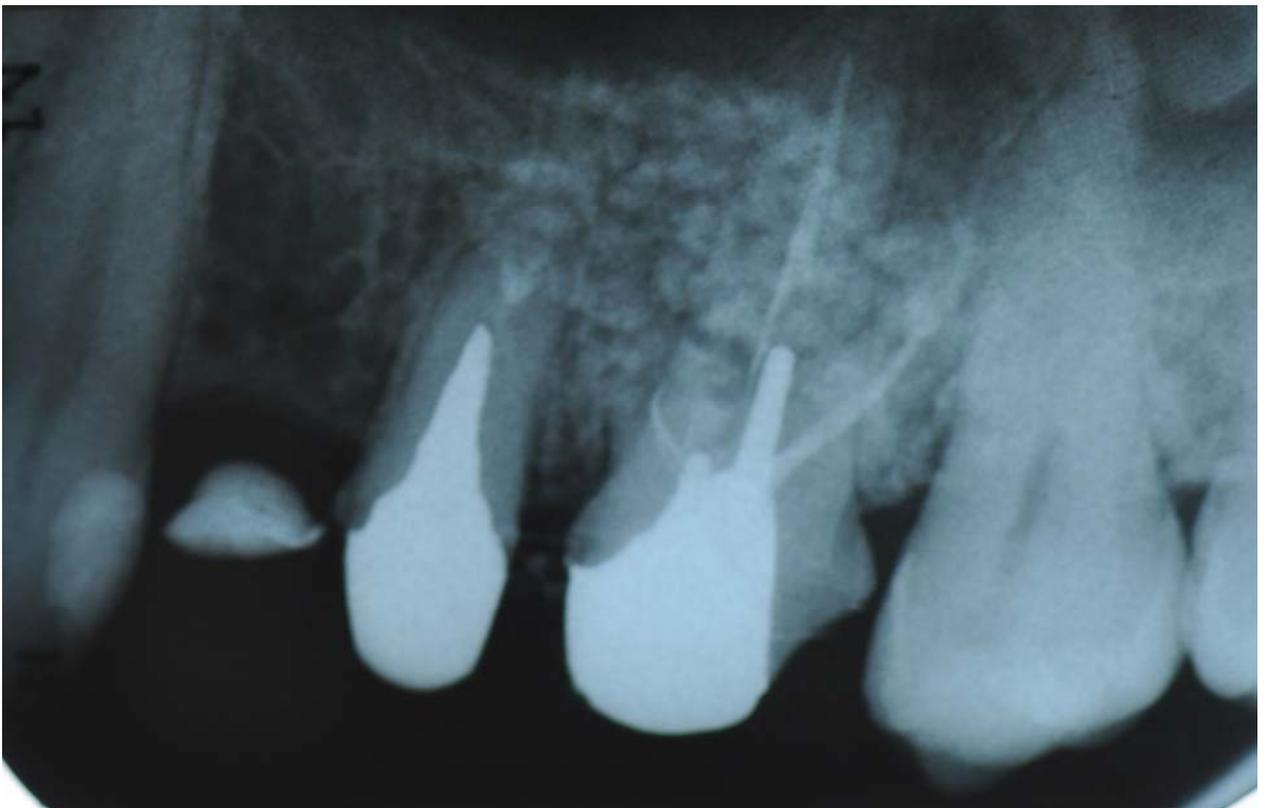


Рис.7 Прицельный снимок через 3 недели после проведения зубосохраняющей операции.

Таким образом, в случае наличия радикулярной кисты, оттесняющей слизистую верхнечелюстного синуса проведение зубосохраняющей операции с заполнением костного дефекта остеопластическим материалом является вариантом лечения, сокращающим сроки реабилитации пациента.

## Список литературы

1. Крюгер Е., Ворthingтон П. (Kruger E., Worthington P.) Хирургическое лечение кист // Квинтэссенция. — 1991. — №5/6. — С.381–395.
2. Агапов, В.С. Клинико-морфологическая характеристика околокорневых кист, граничащих с верхнечелюстной пазухой // Стоматология. - 1987. - Т.66. - №2. - С. 11-13.